

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Antony MOLVEAUX

Ancien Externe de l'Hôpital du Mans

L'APPENDICITE

Comme Complication de la Fièvre Typhoïde

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT

Président : M. TERRIER, professeur

Juges { MM. AUG. BROCA, professeur
LEGUEU, agrégé
RIEFFEL, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THE

THE DOCTOR IN MEDICINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Antony MOLVEAUX

Ancien Externe de l'Hôpital du Mans

L'APPENDICITE

Comme Complication de la Fièvre Typhoïde

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT



Président : M. TERRIER, professeur

Juges { MM. AUG. BROCA, professeur
LEGUEU, agrégé
RIEFFEL, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		GRANCHER
Maladies des enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU
Clinique chirurgicale	}	TERRIER
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	N...
		PINARD
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGREY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDÉAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de
reconnaissance et
de piété filiale.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'APPENDICITE

comme Complication de la Fièvre typhoïde

SYMPTOMES DIAGNOSTIC TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

Avant-Propos

Arrivé au terme de nos études, il nous est agréable de jeter un regard en arrière, et d'exprimer notre reconnaissance aux maîtres bienveillants, qui nous ont aidé dans l'acquisition de nos connaissances médicales.

A l'hôpital Laënnec, le docteur Barié nous a initié à la pratique de l'auscultation et ses conseils éclairés, en même temps qu'ils nous firent aimer la saine clinique, nous apprirent à en apprécier toute la valeur.

L'année suivante, dans le même hôpital, le docteur Reclus voulut bien nous admettre dans son service. Nous nous rappelons ses leçons magistrales, sa parole vibrante, son enseignement chirurgical clair et précis.

A l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction du D^r Comby, nous avons appris les difficultés de la médecine infantile. Nous adressons nos remerciements respectueux à ce guide bienveillant.

Des circonstances fortuites nous ont conduit à passer deux années à l'hôpital du Mans.

M. le D^r Mélisson, dont nous avons d'abord été l'interne, a droit à notre gratitude.

Nous avons passé ensuite un an dans le service du D^r Drouin. Nous n'oublierons jamais la grande liberté qu'il nous a laissée dans son service, la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner, et son désir constant de nous être utile.

Nous conserverons le meilleur souvenir de l'affabilité avec laquelle nous ont toujours accueilli MM. les D^{rs} Le Bail, Rocher, Goutard, Hervé et Morcret.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à M. le D^r Delagenière de nous avoir guidé dans le choix de notre sujet et de nous avoir aidé de ses conseils.

M. le professeur Terrier, nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

CHAPITRE II

Introduction

Depuis quelques années déjà, l'attention a été attirée sur l'existence de manifestations appendiculaires au cours des maladies infectieuses.

C'est ainsi que M. Faisans a signalé la grande fréquence de l'appendicite, au cours des épidémies de grippe, et que d'autres auteurs parmi lesquels M. Tripiet et Paviot donnent à l'appendicite, une origine infectieuse générale ; d'autres, parmi lesquels Oppenhausen, pensent que l'appendice est presque toujours lésé dans la fièvre typhoïde, mais qu'il s'agit là d'une lésion inflammatoire, ordinairement peu intense et secondaire, qui ne suffit pas à donner les signes d'une appendicite véritable. D'autres enfin, avec M. le professeur Dieulafoy, distinguent deux groupes de faits : ceux dans lesquels la congestion appendiculaire reste modérée et au second plan, et ceux dans lesquels une appendicite véritable survient au cours de la fièvre typhoïde.

M. le Dr Guinard dans son article *Appendicite* du *Traité de Chirurgie* attire l'attention sur cette complication pleine d'imprévu et s'exprime ainsi : « Si l'on voulait s'astreindre à user du séro-diagnostic dans tous les cas d'appendicite, on s'apercevrait plus souvent qu'on ne le pense que les accidents sont survenus au cours d'un typhus levissimus méconnu. »

« Parmi les causes d'appendicite j'appelle surtout l'attention sur la fièvre typhoïde. Depuis que j'ai cette conception dans l'esprit j'ai pu m'assurer plusieurs fois par le séro-diagnostic que la cause de la crise appendiculaire était due à un typhus levissimus méconnu jusque-là. »

Il nous est permis de penser que ces faits aujourd'hui bien établis ne doivent pas être extrêmement rares. Ils sont d'ailleurs d'une interprétation très rationnelle.

D'une part, les lymphatiques du cæcum et de l'appendice communiquant largement avec ceux de la terminaison de l'iléon, il peut se faire ainsi une propagation des lésions par voisinage. Mais, en outre, ainsi que nombre d'auteurs l'ont remarqué, la structure histologique de l'appendice est en tout comparable à celle de l'intestin grêle.

En particulier on y retrouve du tissu lymphoïde en abondance pouvant même parfois s'agminer en certains points, pour former de véritables plaques de Peyer en miniature. Il semble donc naturel que ce tissu réticulé lymphoïde soit le siège d'une conges-

tion intense, ou même s'ulcère, lorsque les plaques de Peyer sont lésées.

Nous allons essayer de montrer dans ce travail que l'appendicite peut se rencontrer aux trois périodes de la fièvre typhoïde : soit au début, soit au cours de cette maladie, soit pendant la convalescence ; que le diagnostic différentiel en est souvent fort difficile, surtout quand l'appendicite vient compliquer une fièvre typhoïde au début, et dans un dernier chapitre, nous verrons qu'elle est la conduite à tenir dans ces cas embarrassants.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Au début d'une fièvre typhoïde deux cas peuvent se présenter :

Ou bien les phénomènes appendiculaires dominent la scène, et les symptômes de la fièvre typhoïde n'apparaîtront que quelques jours après, se substituant à ceux de l'appendicite ;

Ou bien l'appendicite se déclare au cours d'une fièvre typhoïde déjà confirmée, évoluant depuis quelques jours.

Dans le premier cas, en pleine santé, ou après quelques troubles digestifs assez vagues, avec un peu de céphalalgie et de courbature, le malade est pris tout d'un coup de vomissements. Il vomit d'abord le dernier repas ; puis les vomissements deviennent bilieux et peuvent se prolonger un jour ou deux.

En même temps se déclare une violente douleur dans le côté droit de l'abdomen. Le malade s'alite. Un médecin est appelé. Il constate une température

élevée (39° à 40°). Le ventre est uniformément ballonné, douloureux à la moindre pression dans tout le flanc droit, mais avec un maximum presque toujours très net au point de Mac Burney. A ce niveau on remarque un notable degré d'hyperesthésie. Par un palper extrêmement doux on peut constater que la défense musculaire n'est pas très prononcée et fait même assez souvent défaut.

Le malade est agité, sa physionomie est animée plutôt que déprimée. L'état reste stationnaire pendant trente-six, quarante-huit heures, quelquefois trois jours.

On note, pendant ce temps, une constipation opiniâtre.

La température reste très élevée.

Puis les vomissements s'arrêtent, la douleur diminue, tout l'abdomen devenant sensible, une diarrhée jaune fétide s'établit. Le délire nocturne apparaît, la physionomie se fige pour ainsi dire, prenant l'aspect hébété du typhique.

Peu à peu, tous les symptômes de la dothiéntérie s'installent, et l'apparition de taches rosées lenticulaires vient, quelques jours après, confirmer le diagnostic, s'il était encore hésitant.

Tel est le tableau que l'on peut tracer de ce mode de début de la fièvre typhoïde. Il semble particulièrement fréquent chez les enfants, et M. Moizard tout d'abord en a signalé trois cas personnels, citant aussi d'autres cas dus à Kirkbride, Merklen et Jalaquier.

Il rappelle que Trousseau l'avait signalé.

Coulomb en rapporte trois cas dans sa thèse, François, deux.

M. Vidal en a observé quatre cas dans le courant d'une année.

Parfois les symptômes appendiculaires ne cèdent pas au bout de quelques jours, ou sont d'une telle intensité dès le début, que le chirurgien est amené à intervenir et à enlever l'appendice. Tel est le cas du malade dont M. le Dr Delagenière a bien voulu nous remettre l'observation.

Au cours d'une fièvre typhoïde confirmée, il s'agit presque toujours d'une perforation de l'appendice, une péritonite en est la conséquence, et les signes sont différents suivant qu'il s'agit d'une péritonite enkystée ou d'une péritonite généralisée.

α) *Péritonite enkystée.* — Douleur violente, éclatant brusquement dans la fosse iliaque droite, suivie bientôt de vomissements, facies grippé, température remontant tout à coup, tels sont les principaux symptômes que l'on observe dans ce cas.

On est alors au dix ou vingtième jour de l'affection, la dothiéntérie peut être encore en pleine évolution ou en état de régression, la température présentant des oscillations, la torpeur diminuant, le facies devenant moins hébété.

Si on opère à ce moment, on trouve un gros appendice très congestionné, contenant des ulcérations plus ou moins étendues : lésions qu'a trouvées Boverly. Mac Monagle dans deux cas opérés dans ces

conditions au quinzième et au dix-neuvième jour d'une fièvre typhoïde.

Si l'on n'intervient pas, l'état du malade reste alarmant pendant trois ou quatre jours, puis les symptômes s'atténuent, mais la fosse iliaque reste douloureuse ; la palpation y révèle la présence de la tuméfaction d'abord très dure, puis fluctuante.

Si on pratique l'opération à ce moment on trouve un vaste abcès péri-cæcal enkysté, avec un appendice gangrené, perforé.

Si on n'intervient pas, la résolution complète peut s'observer ; mais le pus s'évacue par l'intestin ; quelquefois il se fait jour à la paroi abdominale, à l'ombilic chez les enfants. Le malade peut alors mourir d'infection septique ou de péritonite généralisée secondaire.

Telles sont les observations XVI, XVII, XVIII, XIX et XX de la thèse de Coulomb.

β) *Péritonite généralisée*. — Les signes sont tout différents lorsqu'on a affaire d'emblée à une péritonite généralisée : ce sont tous les symptômes de la perforation intestinale.

C'est vers le vingtième jour, précédée quelquefois par de petites hémorragies, que se fait la perforation. Subitement apparaît un frisson violent, une douleur vive dans l'abdomen, des vomissements, du hoquet. Le poulx devient petit, filant, dépressible.

La température tombe brusquement pour se relever ensuite. En quelques heures le ventre est bal-

lonné, sensible au moindre contact. La respiration devient fréquente et superficielle, le pouls incompressible. L'issue fatale ne tarde pas à se produire.

Telles sont les observations de Boutekou, Lees Alexandroff, Letulle et l'auto-observation de Bayer.

Pendant la convalescence de la fièvre typhoïde « il s'agit là, non pas de la perforation de l'appendice comparable aux perforations de l'intestin, mais bien d'une appendicite au vrai sens du mot, pouvant évoluer sous toutes les formes de l'appendicite banale et avec toutes ses conséquences ».

Nous ne pouvons mieux faire pour donner une idée de l'appendicite para-typhoïde, que de reproduire ici le tableau que le professeur Dieulafoy, dans une retentissante communication à l'Académie de Médecine a fait de ses diverses modalités :

« Voici, par exemple, dit-il, un individu atteint de fièvre typhoïde. La maladie a suivi un cours normal, et il entre en convalescence. Un jour, avec ou sans avertissement, une douleur vive se déclare à la fosse iliaque droite ; *la température s'élève*, des vomissements surviennent, le ventre se ballonne, et comme le malade est convalescent d'une fièvre typhoïde, on diagnostique une perforation intestinale tardive ; on croit à une *péritonite par perforation* et on porte le plus grave pronostic. Cependant, après deux ou trois jours de cet orage, le calme se rétablit, les symptômes s'amendent et le malade guérit.

Dans d'autres cas moins heureux, malgré l'apaisement des symptômes du début, la température ne

redescend pas à la normale, les douleurs abdominales ne disparaissent pas, le ventre reste sensible à la fosse iliaque droite, *au point de Mac Burney*, la palpation est fort douloureuse, le muscle sous-jacent se défend, un empâtement profond devient perceptible et en quelques jours une collection purulente se forme à la région iléo-cæcale.

Enfin en d'autres circonstances, beaucoup plus redoutables, ce n'est pas une péritonite *enkystée* qui se forme, mais c'est une péritonite diffuse, avec toutes ses conséquences.

Parfois même, ce sont des infections à distance, y compris la pleurésie appendiculaire et le terrible foie appendiculaire.

Dans ce tableau, qui ne reconnaît l'évolution de l'appendicite vulgaire sous ses différents aspects ?... « Dans l'appendicite, dit ailleurs le professeur Dieulafoy, ce n'est pas seulement la gangrène et la perforation qui sont à craindre ; ce n'est pas seulement la péritonite qui est à redouter, c'est encore l'infection appendiculaire elle-même.

L'appendicite n'est pas seulement infectieuse, elle est infectante et intoxicante par ses microbes et ses toxines.

Elle peut avoir par elle-même, une part considérable dans les accidents, et cela dès le début de la maladie, dès que la cavité close est constituée.

L'appendicite en effet ou, si l'on préfère, ces accidents appendiculaires et accidents péritonéaux, résultent de la transformation d'une partie du canal

appendiculaire *en cavité close*, dans laquelle s'élabore un foyer d'infection dû à l'exaltation de virulence des microbes emprisonnés.

C'est par la cavité close que se fait l'infection avec son même cortège, toujours identique, de symptômes et d'accidents.

Tantôt microbes et toxines sont déversés dans le péritoine, à travers une perforation ou un délabrement de l'appendice ; tantôt ils pénètrent dans le péritoine par migration à travers les parois de l'appendice non perforé. »

CHAPITRE IV

Diagnostic

Si les accidents appendiculaires éclatent pendant le cours ou la convalescence d'une fièvre typhoïde confirmée, le diagnostic ne souffre aucune difficulté.

Si les lésions appendiculaires entraînent une péritonite généralisée, les symptômes sont identiques à ceux de la perforation intestinale. Le diagnostic du siège de la perforation est à peu près impossible. Cependant Coulomb pense que la localisation nette du siège de la douleur, le relèvement plus rapide de la température, pourraient faire penser à une perforation de l'appendice. C'est possible, mais cette recherche ne présente aucun intérêt pratique puisque la conduite à tenir est la même quel que soit le siège de la perforation.

Quand, au contraire, les signes d'appendicite apparaissent avant ou en même temps que ceux de la

fièvre typhoïde, le diagnostic devient un véritable problème :

Ou bien on croit à une appendicite ; il n'y en a pas, c'est une fièvre typhoïde ;

Ou bien on croit à une fièvre typhoïde ; il n'y en a pas, c'est une appendicite.

Ou enfin il y a, à la fois, fièvre typhoïde et appendicite, mais la prédominance de tels ou tels indices fait croire à l'une ou à l'autre.

Admettre l'appendicite, alors qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde paraît être une erreur plus fréquente que la confusion inverse ; mais s'il est plus rare de prendre une appendicite pour une fièvre typhoïde, les conséquences de l'erreur sont aussi plus redoutables si elles se prolongent.

L'analyse des signes cliniques et les procédés de laboratoire, nous aideront à résoudre ce double problème :

1° Distinguer l'appendicite de la fièvre typhoïde ;

2° Apprécier l'association des deux affections.

Analyse des signes cliniques

Il y a des cas aigus, de début brusque, avec une fièvre élevée, un pouls fréquent, un mauvais état général d'emblée, du météorisme abdominal, une douleur assez mal délimitée dans la région iliaque droite, qui rappelle tout aussi bien la fièvre typhoïde grave que l'appendicite infectieuse ; plus souvent il

s'agit d'accidents plus trainants, et qui cadrent mieux avec l'évolution ordinaire du premier cycle de la dothiéntérie.

Dans ces formes indécises, ce qui fait penser tout d'abord à l'appendicite : c'est la douleur iliaque et la prédominance qu'elle garde durant les premiers jours du fait de l'atténuation des autres signes. Ce qui incline le diagnostic initial vers l'hypothèse de fièvre typhoïde : c'est l'existence de la diarrhée, de la céphalalgie, de l'hébétude et l'absence de réaction abdominale de quelque valeur.

Les symptômes du début de la fièvre typhoïde (céphalalgie, épistaxis, insomnie, délire), presque caractéristiques par leur ensemble manquent dans beaucoup de formes anormales de cette maladie.

D'autre part, le dicrotisme du poulx, la bronchite congestive des bases, les taches rosées lenticulaires, le facies typhique, tous signes d'une grande valeur, présentent une apparition tardive.

L'hypertrophie splénique n'a pas non plus une valeur pathognomonique. Elle se montre à un degré variable, il est vrai, dans tous les états infectieux, et l'on sait que certaines appendicites se comportent comme des maladies infectieuses hypertoxiques, ainsi que l'a démontré le professeur Dieulafoy.

Il ne reste donc, pour se guider les premiers jours, que les symptômes abdominaux et certains signes généraux.

Parmi les signes abdominaux, le gargouillement

de la fosse iliaque, l'hypéresthésie cutanée ne présentent aucune valeur.

Il n'en est pas de même de la douleur et de la contracture musculaire, que l'on doit analyser avec soin.

La douleur de la fosse iliaque droite est très fréquente dans la fièvre typhoïde, mais elle est d'une intensité peu considérable, lancinante et diffuse dans la fosse iliaque.

Dans l'appendicite, au contraire, elle débute brusquement; elle est nettement limitée au point de Mac Burney; la palpation la plus légère la réveille avec une grande intensité; elle est exquise; enfin elle est constrictive et pongitive.

Malheureusement ces caractères sont variables; le siège de la douleur peut varier comme celui de l'appendice; dans les formes graves, elle peut se diffuser rapidement, ou faire presque défaut. « L'absence de douleur au point de Mac Burney, dit Levrey, ne peut faire éliminer l'appendicite, ce signe est peu pathognomonique, le siège peut varier comme celui de l'appendice, et surtout chez l'enfant. »

La défense musculaire de l'abdomen est rare dans la fièvre typhoïde; lorsqu'elle existe au début, alors que le météorisme est peu marqué et qu'elle siège surtout à droite, elle doit faire penser à des lésions de l'appendice.

Mais dans les appendicites suraiguës, avec perforation rapide de l'appendice, cette contracture

peut dès le début faire défaut, en même temps que le ventre se ballonne rapidement.

Les *vomissements*, beaucoup plus fréquents dans l'appendicite que dans la fièvre typhoïde, existent cependant parfois au début de celle-ci, en particulier chez les enfants.

Enfin la *diarrhée fétide* de la dothiéntérie est rare au début, et succède souvent à une période de constipation ayant duré plusieurs jours.

Quant à la *température* sa courbe spéciale ne s'affirme qu'au bout de plusieurs jours ; et encore doit-on se rappeler combien elle est irrégulière dans la fièvre typhoïde de l'enfance.

Il n'y a donc aucun symptôme qui, pris isolément, puisse dans ces cas difficiles et pendant les premiers jours faire distinguer une appendicite d'une fièvre typhoïde.

Il faudra rechercher les *antécédents* du malade, s'il a déjà eu quelques années avant une crise d'appendicite terminée par la résolution pure et simple sans intervention, il est évident qu'on devra plutôt penser à une nouvelle crise d'appendicite qu'à une fièvre typhoïde.

C'est de l'ensemble des signes que le clinicien doit tirer ses présomptions.

M. Moizard attache une importance considérable à l'ensemble de l'état général : « Dans le cas de fièvre typhoïde, dit-il, les signes généraux n'ont pas l'intensité et le caractère de ceux qui se manifestent dans une appendicite grave d'emblée. »

En ce qui concerne les appendicites para-typhoïdes en particulier, avec ou sans péritonite appendiculaire, empruntons au Professeur Dieulafoy la description des signes qui permettent de les distinguer des péritonites typhoïdes par perforation intestinale.

« Elles ont, il est vrai, dit-il, bien des symptômes qui leur sont communs avec les péritonites par perforation ; il est néanmoins possible de les distinguer.

L'appendicite survient généralement à une époque où le convalescent est plus apte à se rendre compte de ce qu'il éprouve ; aussi peut-on mieux analyser chaque symptôme, et préciser plus nettement le lieu d'élection de la douleur (point de Mac Burney) : on peut plus facilement se rendre compte de la défense du muscle sous-jacent et de l'hyperesthésie de la région. De plus l'appendicite ne s'annonce pas comme bon nombre de perforations intestinales, par une chute brusque de la température ; elle provoque au contraire une ascension de température ; et la fièvre reparait, si elle avait jusque-là disparu.

Donc si un malade, arrivé au déclin ou à la convalescence de la fièvre typhoïde, est pris de douleurs localisées à la région appendiculaire avec les signes que nous connaissons ; si ce malade est pris en même temps de nausées, de vomissements, de fièvre, d'élévation de la température, ces symptômes plaident en faveur de l'appendicite et éloignent presque certainement l'idée d'une perforation intestinale. »

Procédés de laboratoire

L'examen clinique peut être corroboré par de multiples procédés de laboratoire.

Nous en donnerons ici une rapide énumération.

I. — *Examen des urines.*

Uro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — Pour M. Robin l'ensemble des caractères suivants rend plus que probable le diagnostic de fièvre typhoïde :

- 1° Coloration bouillon de bœuf, avec reflets verdâtres de l'urine ;
- 2° Albuminurie modérée mais constante ;
- 3° Disparition de l'uro-hématine ;
- 4° Présence d'indican indépendante des signes intestinaux concomitants ;
- 5° Persistance ou augmentation de l'acide urique ;
- 6° Absence d'uro-érythrine ;
- 7° Diminution des phosphates terreux.

Certains de ces signes pourtant se rencontrent aussi dans l'appendicite, en particulier l'indicanurie et la toxicité urinaire.

Quant à la diazo-réaction d'Ehrlich, son absence constatée à plusieurs reprises du cinquième au dixième jour d'une affection fébrile doit faire écarter presque à coup sûr l'idée d'une fièvre typhoïde.

La réaction positive, au contraire, ne présente

aucune valeur : elle est commune à beaucoup d'affections, au nombre desquelles se trouve l'appendicite.

II. — *Examen du Sang*

A. — *Globules blancs.* — Tandis que dans l'appendicite on trouve de l'hyperleucocytose comme dans toutes les phlegmasies, dans la fièvre typhoïde, au contraire, le nombre des leucocytes est normal ou tend à diminuer. Si au cours d'une fièvre typhoïde on trouve de l'hyperleucocytose, on peut affirmer l'existence d'une complication phlegmasique.

Des examens globulaires multiples sont nécessaires pour donner toute valeur à de pareilles conclusions, mais lorsque l'hyperleucocytose persiste et s'accuse, en même temps que les accidents locaux se confirment, le doute n'a plus raison d'être.

Weiss a signalé la possibilité de faire le diagnostic entre la fièvre typhoïde et l'appendicite, suivant le mode de coloration des globules blancs dans le sang traité par l'iode : si une goutte de sang recueilli aseptiquement est soumise à l'action de l'iode, à l'état normal les globules rouges deviennent jaunes, les globules blancs restent incolores ; à l'état pathologique, s'il y a une suppuration, les polynucléaires se colorent, tandis que les éosinophiles restent incolores.

On pourrait ainsi diagnostiquer l'appendicite et la pérityphlite de la fièvre typhoïde, et cette réaction a

permis à Weiss de préciser le diagnostic dans un cas difficile.

B. — *Globules rouges*. — On observe dans la fièvre typhoïde une diminution progressive du nombre des hématies et une diminution moindre du taux de l'hémoglobine.

C. — *Sérum*. — *Fibrine*. — *Diagnostic*. — Dans l'appendicite, il se forme au bout de quelques minutes entre les piles d'hématies, un gros réticulum de fibrilles épaisses.

Dans la fièvre typhoïde le réseau fibrineux fait défaut ou se trouve réduit à des fibrilles très ténues.

Séro-diagnostic de Widal. — Si on emploie une dilution au moins à 1/30, et si on suit la réaction pendant un laps de temps qui peut atteindre deux heures la séro-réaction positive possède une haute valeur.

Son absence, au contraire, ne doit infirmer en rien le diagnostic de dothiéntérie et cela pour deux raisons :

1° La séro-réaction apparaît au plus tôt du septième au huitième jour de la fièvre typhoïde, quelquefois beaucoup plus tard ;

2° Elle peut dans certains cas qui sont cliniquement des fièvres typhoïdes, faire défaut, sans qu'on ait pu élucider pourquoi.

III .— *Recherche du bacille d'Eberth dans le sang et dans les selles*

Les ensemencements de sang retirés par ponction de la rate sont faciles à pratiquer, mais cette manœuvre est loin d'être sans danger.

Quant à la recherche du bacille, dans les selles, elle exige l'emploi de milieux de culture spéciaux : gélatine phéniquée, milieu d'Ebsner modifié, et n'est encore utilisable que dans un laboratoire.

De tous ces procédés de laboratoire, l'un est très facile à exécuter, c'est le fibrine-diagnostic : il permet en même temps de se rendre compte du nombre de globules blancs du sang.

S'il est positif avec hyperleucocytose on pourra affirmer qu'il n'y a pas de fièvre typhoïde, ou que, s'il y a fièvre typhoïde, il y a en même temps une complication phlegmasique, une suppuration.

A une période avancée de l'affection, la diazo-réaction donnera de précieuses indications ; le séro-diagnostic donnera la certitude.

Ces procédés de laboratoire, qui viennent au secours de la clinique pour permettre de distinguer dans les cas difficiles la fièvre typhoïde et l'appendicite, peuvent-ils nous aider, au cours même d'une dothiéntérie, à savoir si l'appendice est atteint ?

Ils le peuvent dans une certaine mesure. Dans

le cas de péritonite généralisée ou de phlegmon iliaque, ils confirment la présence de suppuration dans l'organisme. Il pourrait en être de même si une appendicite banale par infection secondaire survient au début de la maladie.

Mais pour les lésions congestives et ulcératives typhiques de l'appendice, les examens du sang et des urines ne donneront naturellement aucune indication.

On en sera donc réduit, pour ces cas à l'analyse des signes cliniques.

CHAPITRE V

Traitement

Si le diagnostic d'appendicite au cours d'une fièvre typhoïde est bien établi, il ne saurait y avoir aucun doute, il faut opérer de suite : « *Opérer toujours et tout de suite* », a dit le professeur Terrier en parlant du traitement de l'appendicite. On pourrait être tenté dans ces cas d'essayer le traitement médical de l'appendicite : glace sur le ventre et opium à doses fractionnées, ce serait, à notre avis, encore plus criminel que pour une appendicite banale, l'infection appendiculaire s'ajoutant à l'infection éberthienne. Sans doute, quand les accidents ne sont pas alarmants, qu'il n'y a aucun signe de généralisation menaçante, que malgré la diarrhée et l'aspect général, le pouls est de fréquence normale et parfaitement plein et régulier, peut-être obtiendra-t-on quelque avantage à temporiser.

Cependant il se peut que l'on se trouve en présence d'un cas particulièrement difficile, dans lequel,

toutes les apparences étant en faveur d'une appendicite, il s'agisse en réalité d'une typhoïde. Qu'advient-il si, l'erreur de diagnostic étant impossible à éviter, on laparotomise le malade ? Assurément le shock opératoire, toujours appréciable à la suite d'une laparotomie, l'imprégnation chloroformique, la douleur et toutes les conséquences habituelles d'une pareille intervention ne sont pas des conditions favorables pour mener à bien une infection éberthienne, et si l'on s'en rapportait à l'observation de Moizard, l'on pourrait être tenté d'attribuer à l'opération tout au moins une part dans l'issue fatale de la maladie. Cependant plusieurs observations publiées antérieurement et notamment celle de M. Maurange permettent de ne pas considérer le pronostic comme aussi sévère. Dans ces cas l'état du malade n'a pas paru s'aggraver sensiblement du fait de l'opération.

Aussi jugeons-nous que s'il est incontestablement préférable de ne pas opérer un malade atteint simplement de fièvre typhoïde, il n'en est pas moins vrai que les cas, où cette erreur sera fatale au malade seront relativement rares, et s'il y a le moindre doute nous croyons qu'il est préférable d'intervenir, les conséquences d'une appendicectomie chez un typhique seront encore moins graves que la non intervention pour un malade réellement atteint d'appendicite.

Le seul inconvénient réel de l'opération au cours d'une fièvre typhoïde serait d'empêcher de donner

des bains. On y remédiera en faisant des lotions froides. Le malade sera étendu sur un lit recouvert d'un imperméable et toutes les trois heures on lui fera des lotions froides sur tout le corps avec une grosse éponge. Des boissons abondantes et des lavages d'intestin compléteront la médication.

CHAPITRE VI

Observations

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Delagenière, du Mans.)

Eugène J..., quatorze ans, sans profession, demeurant au Mans, est pris le 6 mars 1904 de céphalalgie et de courbature et obligé de s'aliter. Le Dr Roy, médecin traitant, appelé aussitôt, pense à un début de fièvre typhoïde.

Les jours suivants les symptômes s'accroissent et le diagnostic se précise, lorsque le 10 mars il est pris subitement de vomissements.

Le Dr Roy trouve un point de Mac Burney douloureux, peu de défense musculaire, température rectale assez élevée, il fait mettre une vessie de glace sur le ventre.

11 mars. — Mêmes symptômes généraux et localement la douleur de la fosse iliaque augmente.

12 mars. — Les vomissements redoublent. Le Dr Roy voit le malade en consultation avec le Dr Delagenière et d'après les

antécédents (le malade a déjà eu une première crise d'appendicite il y a deux ans et une seconde il y a deux mois, toutes deux terminées par la résolution pure et simple), ils concluent à l'existence d'une appendicite aiguë au cours d'une fièvre typhoïde. L'intervention est alors décidée et le malade transporté à la clinique chirurgicale du Mans.

A son entrée, le malade présente un point de Mac Burney douloureux à la pression, une défense musculaire assez prononcée, état typhique, température 39 degrés, pouls 110. Prostration, visage vultueux, lèvres fuligineuses.

Opération à 5 heures du soir. — Incision oblique, il n'y a pas de foyer purulent, mais l'intestin est rouge, le péritoine enflammé, l'appendice petit et gangrené ; les ganglions mésentériques sont gros et tuméfiés surtout au niveau de la terminaison de l'intestin grêle et du méso-côlon. Les plaques de Peyer sont sensibles au palper. Appendicectomie. Pendant l'opération il y a des spasmes de l'intestin grêle et du cæcum qui se durcissent et prennent la dureté du bois.

13 mars. — L'état général s'est un peu amélioré, la température est moins élevée, le pouls moins fréquent, le visage plus éveillé. Diazo-réaction très nette, séro-diagnostic positif.

19 mars. — Apparaissent des taches rosées lenticulaires qui viennent confirmer le diagnostic de fièvre typhoïde. La température reste d'ailleurs entre 39 et 40 degrés jusqu'au 27 mars avec rémission matinale, mais les vomissements ont cessé, la douleur de la fosse iliaque droite a disparu. Le malade ne pouvant être mis dans les bains à cause du drainage de la plaie, on l'étend sur un lit recouvert d'un imperméable et on lui fait toutes les trois heures des lotions froides sur tout le

corps, des lavages d'intestin et des boissons abondantes complètent la médication.

La maladie évolue d'ailleurs normalement; le 31 mars la plaie est complètement cicatrisée, le malade entre en convalescence, et sort de la clinique le 10 avril en bonne voie de guérison. Nous avons eu l'occasion de le revoir ces temps derniers et nous avons pu constater qu'il se portait très bien.

OBSERVATION II (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Delagenière.)

L'enfant D... P..., est prise le 25 septembre 1905 de fièvre avec céphalalgie assez forte. M. le Dr Delagenière pensant à un embarras gastrique lui fait administrer un petit vomitif le 27. La température monte encore le 28 au lieu de baisser, léger purgatif au calomel. Le soir douleur assez vive dans la fosse iliaque droite, vomissement, peu de défense musculaire. Le Dr Delagenière pense à une crise d'appendicite et fait mettre une vessie de glace sur le ventre. Pourtant l'enfant a de la diarrhée, le facies prostré et M. Delagenière craignant en même temps une fièvre typhoïde fait venir M. le Dr André Philibert, interne de M. Chantemesse. Ce dernier conclut à une fièvre typhoïde.

30 mars. — Séro-diagnostic positif. Injection de sérum de Chantemesse. Bains froids.

Les phénomènes appendiculaires cessent au bout de deux jours, et la dothiéntérie évolue normalement.

16 juillet 1906. — Deuxième petite crise appendiculaire, glace, résolution.

26 septembre 1906. — Troisième petite crise appendiculaire.

17 mars 1907. — Quatrième crise plus grave que les précédentes et nécessitant l'opération. Incision oblique, appendice long et adhérent avec vase clos, calcul à l'intérieur. Appendicectomie, guérison en trois semaines.

M. le Dr Delagenière pense que la petite malade avait bien eu une première crise d'appendicite au début de sa fièvre typhoïde, crise légère confirmée par les suivantes la dernière ayant nécessité l'intervention.

OBSERVATION III (François)

Germaine D..., huit ans, amenée à l'hôpital Hérold à une heure et demie du matin le 12 octobre 1902. Le père ne peut fournir que les renseignements suivants : l'affection a débuté le 7 octobre dans la matinée, par des douleurs dans le ventre présentant des paroxysmes très vifs. Le soir l'enfant vomit son dîner.

8 et 9 octobre. — Persistance des douleurs et des vomissements alimentaires et muqueux.

9 octobre. — Un médecin consulté pose le diagnostic d'embarras gastrique fébrile et ordonne une purgation.

11 octobre. — Un autre médecin déclare qu'il s'agit d'appendicite et conseille l'envoi de l'enfant à l'hôpital.

A son entrée le 12 on constate les symptômes suivants : le ventre est ballonné, la paroi musculaire se défend dans toute son étendue, maximum de la douleur à la région sus-ombilicale.

On ne constate pas la présence du point de Mac Burney. Matité sus-pubienne, qui disparaît quand on a vidé la vessie.

Le facies est celui d'une fièvre typhoïde : le regard est hébété, les narines et les lèvres sont sèches, couvertes d'un enduit noirâtre, la langue est rôtie. Température 37°8. Pouls 100, bien frappé.

Le chirurgien de garde opine pour une fièvre typhoïde sans appendicite. Il se décide cependant sur les instances de l'interne de garde à intervenir.

Opération à quatre heures du matin. — Incision de 6 centimètres parallèle à l'arcade crurale. Dès l'incision du péritoine il s'écoule environ 250 grammes d'un pus phlegmoneux à odeur fécaloïde, légèrement teinté de sang. Il provient de la face postérieure du cæcum et du côlon. On ne trouve pas l'appendice à une rapide inspection. On place deux drains, l'un derrière le cæcum, l'autre vers le petit bassin ; et on ferme la partie supérieure de l'incision. Durée de l'intervention quinze minutes. Aussitôt injection hypodermique de 500 grammes de sérum artificiel.

Suites opératoires. — 12 octobre. — Le malade est très abattu toute la matinée. Nouvelle injection de 500 grammes de sérum.

La température est tombée à la normale. Le soir le pouls étant très pressible injection de caféine.

13 octobre. — Le pouls est nettement dicrote. L'abattement a diminué, le facies est plus coloré mais hébété. Séro-diagnostic de Widal positif au 1/25.

Le pansement contient un peu de pus fécaloïde.

Le ventre est devenu souple, indolore, sauf vers le point de Mac Burney.

La malade supporte sans vomir son décilitre de lait glacé bouilli.

14 octobre. — Le pansement contient du pus fécaloïde, toujours le même facies. Pouls dicrote. Diazo-réaction d'Erlich positive. Pas d'albumine. Une selle spontanée abondante dans la soirée.

15 octobre. — Même état, la malade prend 1 litre de lait. Un peu d'agitation, subdélirium.

16 octobre. — Le pouls est mieux frappé, il n'est pas dicrote. La rate n'est pas perceptible à la percussion. Le même état continue jusqu'au 22 octobre, époque où la température tombe complètement à la normale. La langue redevient humide. L'enfant se met à causer. Les drains ont été retirés en même temps que les sutures de la peau le 19 octobre.

La fermeture complète de la plaie s'effectue dans les premiers jours de novembre.

L'enfant sort de l'hôpital le 28 novembre avec une bandage à pelote sur sa cicatrice abdominale.

OBSERVATION IV

(Guinard, *in* thèse Coulomb.)

Jeune fille de vingt et un ans, entrée le 15 novembre 1897 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Peyrot. Antécédents gastriques (vomissements de sang) pour lesquels elle fut soignée à l'hôpital Tenon.

Le 1^{er} novembre elle fut prise d'un malaise subit, suivi de vomissements verdâtres et de fièvre. Tout le ventre était douloureux.

Un médecin lui ordonna de la glace sur le ventre et à l'intérieur. Quelques selles diarrhéiques, puis constipation opiniâtre ; depuis ce jour les douleurs n'ont jamais cessé complètement, elles surviennent par crise avec des intervalles de repos. Elles siègent surtout dans la fosse iliaque droite. Le point de Mac Burney est moins douloureux que la région pylorique. Inappétence complète.

Dans la nuit du 11 au 12 décembre crise d'étouffement suivie d'un vomissement bilieux accompagné de douleurs gastriques et iliaques.

Le 12 décembre. — Température 39°6. MM. Peyrot et Guinard se décident à une laparotomie. On ne trouve rien d'anormal. On referme l'incision médiane et on pratique l'incision de Roux.

C'est l'appendice qui est en cause. On l'enlève. A la coupe pigment hémorragique de la muqueuse.

Les jours suivants, la température remonte à 38 degrés. Infection de la paroi. On fait sauter les points de suture et on fait un pansement humide. La malade guérit très bien. Mais au moment de sa sortie, 30 janvier 1898, les plaies n'étaient pas encore cicatrisées.

L'examen du sang pratiqué à ce moment par M. Widal fournit un séro-diagnostic positif. Il s'agissait donc, ajoute Coulomb, de fièvre typhoïde de forme anormale avec infection particulièrement virulente des parois de l'appendice.

OBSERVATION V

(Musham.)

Il s'agit d'un tailleur de trente-deux ans, atteint de néphrite il y a six ans ; le 4 mai 1901 il présenta des douleurs localisées dans la région iléo-cæcale.

11 mai. — Son médecin traitant, l'envoie à la maison de santé. La température est de 38 degrés, le pouls 88.

Dans la région iléo-cæcale, autour du point de Mac Burney, existe une zone douloureuse spontanément et à la pression. On pose le diagnostic d'appendicite simple. On prescrit un traitement par la glace.

La température monte à 39°5, le pouls à 96. Dans la fosse iliaque droite on sent de la résistance à la palpation qui est très douloureuse. Pas d'éruption sur les téguments, pas d'augmentation de volume de la rate. On écarte le diagnostic de fièvre typhoïde ; et pensant à une perforation intestinale on opère à 5 heures du soir. Incision typique de la paroi abdominale ; on tombe sur l'appendice. La paroi a, en un point, l'épaisseur d'une très mince feuille de papier, on a la sensation qu'à cet endroit les tuniques les plus internes de la paroi intestinale font défaut. Il s'agit d'une fièvre typhoïde comme le montre l'aspect du mésentère et du commencement du méso-côlon. On y trouve des ganglions volumineux, rouges bleuâtres, variant de la grosseur d'un petit pois à celle d'un haricot. On ne rencontre aucun point suspect du côté de l'iléon et du côlon ascendant. Après l'opération, le malade prend 0 gr. 01

de morphine et dort toute la nuit ; sa température est de 36°8.

12 mai. — La température est à 39 degrés, le pouls à 88, plein et bondissant. Urine et selles normales.

Le malade ne présente plus les mêmes douleurs-vives qu'il ressentait avant l'opération.

La diazo-réaction est négative, pas de traces d'éruption. On ordonne la diète lactée. Température du soir 38°6, pouls 84.

12 mai. — Température du matin 38 degrés, pouls 92.

Diazo-réaction négative.

14 mai. — On note l'augmentation de volume de la rate, un pouls dicrote. La réaction de Widal est négative.

17 mai. — On remarque quelques taches rosées sur la poitrine et dans la région de la vésicule biliaire.

18 mai. — Température du matin 37°5, du soir 39°5, pouls 80.

20 mai. — Température 38°2. Diazo-réaction négative. Un peu de suintement purulent par quelques points de suture de la plaie. Le soir température 39°2, pouls 88.

L'examen du pus montre du staphylocoque doré.

21 mai. — Diazo-réaction négative.

29 mai. — Séro-réaction de Widal positive.

30 mai. — Température descend.

A partir du 12 juin elle revient à la normale,

Discutant le diagnostic, l'auteur montre que tous les symptômes plaidaient en faveur de l'appendicite : Point de Mac Burney avec défense de la paroi, empâtement profond, etc.

Contre la fièvre typhoïde on avait : l'absence de splénomégalie et d'éruption, ainsi que le début brusque de la maladie, survenant en pleine santé du malade. De plus la diazo-réaction

était négative ainsi que la séro-réaction de Widal qui ne devint positive que onze jours après l'opération.

OBSERVATION VI

(Maurange.)

Il s'agit d'un homme robuste, vingt-six ans, qui après trois jours de constipation, eut un grand frisson fébrile, on lui administra un purgatif, mais alors survinrent des symptômes alarmants, de la toux, du hoquet, des vomissements bilieux, de la douleur abdominale, une fièvre violente (40°9 à 41°3).

Le troisième jour, l'opération fut décidée : on pratiqua l'ablation d'un appendice atrophié, chroniquement enflammé, sans trace de poussées inflammatoires actuelles. Cette intervention détermina la disparition de tous les réflexes abdominaux (vomissements, toux, hoquet), mais la fièvre persista. Il survint du délire avec des frissons intercurrents et la maladie prit l'allure d'une fièvre typhoïde anormale, à forme septicémique, sans taches rosées ou diarrhée. Le séro-diagnostic donna un résultat positif.

OBSERVATION VII

(Box et Wallace.)

Un homme de cinquante ans est pris subitement de douleurs dans la fosse iliaque droite ; la température monte, le pouls est à 120, intermittent ; il y a un peu de délire la nuit, une légère diarrhée ; à la troisième semaine il se produit trois abondan-

tes hémorragies intestinales de sang rouge, et l'on porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

On n'a pas constaté d'ailleurs, de taches rosées, et la séro-réaction est négative ; on ne la recherche, il est vrai, qu'à une période avancée de la maladie. La mort survient au vingt et unième jour. A l'autopsie, on trouve un abcès dans la fosse iliaque droite au milieu duquel on peut reconnaître l'appendice, il n'existe aucune trace d'ulcérations typhoïdiques ni dans le gros intestin, ni dans le grêle.

OBSERVATION VIII

(Alexandroff de Moscou.)

Le 24 septembre 1897, entrant dans le service interne de l'hôpital, un garçon, Vladimir L..., âgé de neuf ans ; il était atteint depuis quatre jours d'une fièvre grave. Quelque temps auparavant son frère qui avait la fièvre typhoïde a été admis dans le même service.

La température élevée, le pouls fréquent, la langue chargée et tout l'état général du malade permettait de croire qu'il était également atteint de fièvre typhoïde. D'après la marche de la maladie on pouvait considérer l'infection comme assez faible : la température ne marquait que 40°2, le pouls était assez fort, l'état fonctionnel des voies digestives était tout à fait normal.

La présence du sang dans les selles du malade n'a pas été signalée ; une fois seulement, deux jours avant la catastrophe, les excréments étaient d'une couleur plus ou moins foncée, ce

qui permettait de supposer la présence du sang ; nous n'avons pas examiné les excréments.

Dans la nuit du 28 au 29 octobre, apparurent des vomissements abondants, et à plusieurs reprises le pouls qui était tout le temps plein, tomba subitement et le malade se plaignit de maux de ventre.

Le 29, vers le matin, mal au cœur, estomac gonflé et sensible aux palpations. Le pouls énormément faible et fréquent ; l'état général grave. Pendant toute la journée je n'ai pas vu le malade ; le soir, quand je fus appelé, je le trouvai très affaibli ; son visage exprimait la souffrance, la langue était très chargée, les lèvres sèches. Le ventre était ballonné, très sensible aux pressions. En percutant l'abdomen, on y constate la présence d'un exsudat. Respiration fréquente et superficielle ; pouls faible, fréquent et presque incomptable, température 40 degrés.

Des symptômes si graves annonçaient, sans aucun doute, que nous avions affaire à une péritonite due à une perforation de l'intestin, comme l'état du malade était grave, presque désespéré, il nous restait un seul moyen pour le sauver, ou bien le soulager : ouvrir la cavité abdominale. L'opération fut exécutée le soir, vingt-quatre heures après l'apparition des symptômes de péritonite aiguë, chloroforme en petite quantité. Incision allant de l'ombilic jusqu'à la symphyse pubienne sur la ligne médiane. Le péritoine incisé, il s'écoule de la cavité abdominale une masse de liquide trouble, avec membranes et odeur fétide. Les intestins qui se présentèrent à nos yeux étaient ballonnés et à leur surface on apercevait de petites taches hyperémiques d'une forme prolongée ou ovale, ces taches se trouvaient sur le trajet des intestins, opposé à l'insertion du mésentère.

Evidemment ces taches correspondaient aux ulcérations des intestins.

Pour pouvoir trouver l'endroit perforé, nous agrandîmes un peu l'incision primitive de la paroi abdominale. Examinant les anses intestinales en les faisant passer entre les doigts de bas en haut, j'atteignis bien vite cette partie d'intestin grêle où les ulcérations disparaissent tout à fait, puis je commençai à examiner l'intestin de haut en bas vers le cæcum. L'appendice cæcal était anormal et présentait une large ouverture par laquelle passait facilement l'extrémité de l'index ; je me décidai à enlever cet appendice. Au niveau de sa base je mis une ligature en soie.

L'appendice cæcal fut enlevé avec des ciseaux et les bords de la plaie furent réunis par des sutures fines de fil en soie après lavage du péritoine avec une solution boriquée tiède.

L'opération ne dura que vingt-cinq minutes. A la fin le malade était très affaibli, le pouls devenait presque insensible.

Transporté dans le lit il reprit connaissance, puis le collapsus augmenta et au bout de vingt minutes survint la mort.

L'autopsie confirma notre diagnostic de fièvre typhoïde.

L'examen de l'appendice que nous venions de réséquer nous a découvert trois grandes plaies : l'une était sur l'extrémité, les deux autres sur les surfaces latérales de l'appendice.

OBSERVATION IX

(Letulle, thèse de Barbe.)

V... Eugène, vingt-cinq ans, plâtrier, entre le 19 avril 1894, salle Louis, n° 20, en se plaignant de mal de tête, de colique et de rhume léger. Il s'agit d'un pauvre diable saturnin (il a

eu à deux reprises en 1892, des coliques de plomb à la Rochelle), qui entre un peu reçu par commisération, car il ne paraît pas très malade.

Il raconte cependant, qu'il y a trois semaines, ayant eu froid (il couchait sur des fours à plâtre dans la banlieue) il eut un frisson léger, du mal de tête, des nausées fréquentes et des vomissements biliaires abondants. Il mourait de soif et buvait de l'eau stagnante.

Depuis huit jours la diarrhée s'est installée avec douze ou quinze selles par jour, il lui est même arrivé de laisser échapper des matières sous lui sans s'en apercevoir. Il a perdu l'appétit et ne demande que du lait qu'il conserve du reste difficilement. Sa température rectale est de 37°8.

L'examen attentif des poumons, du cœur, du foie, de la rate et des urines ne révèle rien.

L'abdomen est légèrement ballonné, un peu douloureux au niveau de la fosse iliaque droite.

Dès le lendemain de son entrée, la température rectale s'élève et passe par des oscillations anormales qui éloignent de l'hypothèse d'une fièvre typhoïde banale.

On note seulement le 23 avril un peu de sécheresse de la langue, sans tuméfaction de la rate. Pourtant le malade touchant à 40 degrés le soir, on croit pouvoir pencher le diagnostic vers la fièvre typhoïde, alors que les jours précédents on inclinait plutôt vers la grippe à forme abdominale.

Le malade n'a aucun délire, il est très calme ; n'étaient ses vomissements fréquents et sa diarrhée il n'irait pas mal. Dès le 25, l'état général s'améliore et le 27 au soir, le malade a une température de 37°6 plus basse d'un degré que le matin, qui coïncide avec un appétit marqué. La langue est propre, la diar-

rhée a disparu. Mais dès le 29 au soir, la température rectale remonte à 38°3, et le 1^{er} mai la diarrhée reparaît avec les coliques, qui n'avaient cédé que quelques jours ; grâce à la morphine on calme ces douleurs. Dans la nuit éclate un frisson violent et le 2 au matin on trouve un facies abattu ; le poulx petit, serré, rapide ; le ventre est de nouveau ballonné et paraît un peu douloureux, surtout au niveau du canal inguinal droit, où existe une ancienne hernie volumineuse mais réductible. Pas de vomissement, la dépression des forces est soudaine et pendant la journée la prostration augmente. Vers minuit, tout à coup le malade pousse des cris stridents ; il souffre atrocement de la fosse iliaque droite ; à quatre heures du matin, il est pris d'une cyanose rapide et d'une raideur subite, il meurt en quelques minutes.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen une quantité considérable de pus verdâtre s'échappe en même temps que quelques membranes fibrineuses molles ; on constate que la suppuration s'est faite en nappe et n'est point collectée autour du cæcum. Celui-ci porte accolé à sa face antérieure, un appendice long d'environ 10 centimètres recouvert de fausses membranes assez adhérentes ; d'une part au cæcum, d'autre part à la paroi abdominale antérieure. L'appendice dilatée présente à 5 centimètres de son extrémité inférieure une perforation qui ampute l'organe dans la moitié antérieure de sa circonférence. Après ouverture de l'appendice on peut se rendre compte des dimensions considérables de cette perforation à peu près régulière, arrondie, large de 5 ou 6 millimètres dans tous les sens. Au-dessus de la perforation le reste de la muqueuse appendiculaire paraît tuméfié, hyperémié ; à 2 centimètres de son ori-

fièvre existe une première ulcération bientôt suivie d'une seconde, toutes deux petites, arrondies, larges de 2 ou 3 millimètres.

Enfin au niveau de la pointe de l'appendice existe un gros follicule clos, très tuméfié, non ulcéré.

La nature de cette appendicite perforante est fixée par l'état de l'intestin grêle, il existe en effet dans les 80 derniers centimètres de l'iléon, douze ulcères de plaques de Peyer et des follicules lymphatiques parfaitement caractérisés de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION X (Murchinson)

Marie-Anne B..., âgée de treize ans, admise au London Fener Hospital le 11 septembre 1865. Elle avait les idées confuses et ne pouvait pas dire depuis combien de temps elle était malade. Peau chaude, plusieurs taches roses typiques sur l'abdomen, pouls 120, petit et faible ; langue humide et brune au centre, diarrhée, abdomen sensible et tympanique.

Jusqu'au 16 septembre des taches nouvelles furent notées tous les jours, mais à partir de cette date elles disparurent. Pendant les cinq jours qui suivirent le 14 septembre, elle refusa obstinément de prendre aucune boisson et fut soutenue par des lavements de thé, de bœuf et d'eau-de-vie. La langue devint sèche et brune, le pouls monta de 120 à 144 ; la toux commença le 16 septembre et l'on entendait des râles humides sur toute l'étendue des poumons ; l'abdomen continua à être distendu et sensible et la diarrhée persista. Les selles étaient couleur d'ocre, il n'y avait pas de sang ; mais dans la nuit du 23 septembre il y eut quatre évacuations très copieuses où il n'y avait pour ainsi dire que du sang.

L'hémorragie fut arrêtée par de fortes doses d'acide gallique et d'opium, mais quoiqu'antérieurement pendant quatre jours, son état général eût été plus satisfaisant, et que l'on pût même concevoir l'espoir de la guérison, elle déclina rapidement après l'hémorragie et mourut le 25 septembre.

Autopsie. — Plaques de lymphé récente sur toute la surface des intestins, particulièrement dans le voisinage du cæcum. Dans l'appendice vermiculaire se trouvaient quatre ulcérations dans l'une desquelles, à environ 1 centimètre $1/2$ de l'extrémité on remarquait deux petites perforations. Le contenu des intestins ne s'était pas échappé dans la cavité péritonéale. Ulcérations étendues dans l'iléon et quelques-unes dans le cœcum près de la valvule, les eschares s'étaient détachées de la plupart des ulcérations qui commençaient à se guérir; la source de l'hémorragie est restée indéterminée.

OBSERVATION XI

(Boutecou)

Un homme de vingt-cinq ans atteint de fièvre typhoïde, fut pris tout à coup de douleur de la fosse iliaque droite avec nausées, tympanisme et bientôt de vomissements, d'absence de selles, et de tous les signes d'une péritonite par perforation intestinale. Le malade était en collapsus fatalement condamné, la perforation remontait à quarante-huit heures environ, lorsque Boutecou pratiqua la laparotomie. Dans le péritoine, épanchement noirâtre, ulcère perforant de l'appendice iléo-cæcal que l'on enlève après la ligature, une seconde perforation sur l'iléon à dix pouces du cæcum est aussi liée. Le patient mourut encore anesthésié.

OBSERVATION XII

(Bayer)

B..., vingt-sept ans, étudiant en médecine, est pris en avril 1898 d'un ensemble de signes qui firent porter avec certitude le diagnostic de fièvre typhoïde.

Dès le début, céphalalgie très vive et insomnie très marquée. Au huitième jour, apparition d'une éruption de taches rosées lenticulaires très abondantes, presque confluentes. La diarrhée n'existe que pendant trois ou quatre jours. Pendant tout le reste de la maladie elle est remplacée par la constipation. La douleur à la pression de la fosse iliaque droite reste modérée, la rate est grosse. La fièvre évolue de la manière la plus classique. Elle atteint 40 degrés vers le huitième jour, et la température redevient normale le vingt et unième.

Traitement par les bains tièdes (27°).

Le vingt et unième jour, rechute ; nouvelle poussée fébrile de quinze jours suivie d'une défervescence en lysis pendant une semaine, cette fois la température resta normale, et la convalescence paraissait s'installer franchement.

Le vingtième jour environ de cette rechute, très brusquement sans le plus léger prodrome, très vive douleur dans la fosse iliaque droite, au voisinage du point de Mac-Burney ; vomissements porracés, météorisme très intense, fièvre élevée (40°). Les vomissements sont incessants, et le lendemain survient un peu d'ictère. Constipation absolue.

Le malade se trouvant mieux, l'opération n'est pas décidée. Les accidents appendiculaires se calment peu à peu spontanément.

ment en dix à douze jours. Mais à la suite de cette attaque très aiguë, d'autres plus légères et non moins douloureuses se sont produites, toujours lors d'une constipation opiniâtre, et pendant les six mois qui ont suivi, une marche un peu longue ou un effort était l'occasion d'une crise de coliques appendiculaires. Toutefois ces crises furent de moins en moins fortes, en même temps qu'elles s'espaciaient.

Elles n'ont pas reparu depuis un an et le malade semble guéri.

OBSERVATION XII

(Perrone)

L... A., vingt-six ans, infirmière, entre le 27 septembre 1903 dans le service de M. le Dr Lion à la Pitié pour une fièvre typhoïde.

Le 1^{er} novembre, à 8 heures du soir, la malade est prise brusquement de fortes douleurs dans tout le ventre et de vomissements. La température qui était normale la veille, monte jusqu'à 38 degrés. La malade est en proie à une vive agitation, le pouls petit et fréquent. On porte le diagnostic de perforation intestinale et l'on opère d'urgence à 10 heures du soir.

M. le Dr Aglave, qui l'opère, ne trouve aucune perforation, ni gaz, ni liquide dans la cavité péritonéale, mais seulement au niveau de la terminaison de l'iléon quelques fausses membranes.

On conclut à une péritonite par propagation et on se contente de drainer la cavité péritonéale

La malade se lève le 17 décembre, et le 25 janvier 1904

reprend son service d'infirmière dans de bonnes conditions de santé.

Le 10 avril 1904, à 4 heures du matin, elle est réveillée tout à coup par des douleurs extrêmement vives, péri-ombilicales, irradiant dans tout le ventre et par des vomissements. La température monte à 39 degrés, le pouls à 120.

A 9 heures, quand nous la voyons avec le Dr Gosset, elle est dans le même état, pousse des cris déchirants. Le facies est grippé, les traits tirés, le pouls petit et irrégulier. Le ventre est légèrement ballonné, très douloureux ; et malgré les grandes difficultés de la palpation, on peut se convaincre qu'il y a un maximum d'intensité dans la fosse iliaque droite.

On peut en outre observer à ce niveau l'hyperesthésie cutanée et la défense musculaire.

M. Gosset porte le diagnostic d'appendicite suraiguë et décide l'intervention immédiate.

A 11 heures on opère.

Opération. — Opérateur M. Gosset (aide, M. Germez, chloroformisateur, M. Perronne).

Incision de Jalaguier. On arrive sur l'appendice qui est très long, 12 centimètres, tuméfié, congestionné, en érection et libre dans la cavité péritonéale. Autour de l'appendice on trouve une cuillerée de liquide louche. On enlève l'appendice enfouissant le moignon dans le cæcum comme d'habitude.

Deux gros drains sont mis dans la fosse iliaque droite en contact avec le cæcum, et on referme la paroi au catgut.

La malade guérit rapidement et reprend, deux mois après, les fonctions d'infirmière dans le service du professeur Terrier.

Dans ce cas notre opinion ainsi que celle du Dr Gosset est formelle.

Il s'est agi là d'une malade qui, dans le cours de sa fièvre typhoïde, a fait une appendicite suraiguë, n'ayant été reconnue ni avant ni pendant la première opération, et que l'on a cru une perforation intestinale avant l'opération et une péritonite par propagation après.

Les suites opératoires et le fait que la malade, cinq mois après, fit une nouvelle crise en tous points semblable à la première mais cette fois diagnostiquée et démontrée à l'opération plaident en notre faveur.

OBSERVATION XIV

(Perrone)

M. G..., femme C..., vingt-huit ans, infirmière, entre dans le service de M. le professeur Chantemesse le 20 janvier 1904 pour une fièvre typhoïde. Dans le cours de sa fièvre typhoïde et précisément le 10 février, des désordres dans la sphère génitale apparaissent. Elle perd abondamment du sang liquide et en gros caillots par l'utérus.

Ces métrorragies, d'abord douloureuses, deviennent ensuite presque indolentes et enfin cèdent complètement la place, une dizaine de jours après, à des pertes blanches abondantes.

Tout le bas ventre est douloureux spontanément et à la pression ; les douleurs irradient dans les cuisses et dans les reins. La température oscille mais se maintient toujours élevée.

Quelques jours après, les métrorragies réapparaissent avec plus de persistance et d'abondance. Les douleurs s'accroissent souvent à gauche où la malade accuse de vrais élancements.

Les métrorragies persistent jusqu'au 18 mars, et dès lors sont remplacées par des pertes blanches. La température redevient normale le 10 mars.

Le 20 mars, la malade entre dans le service de M. le professeur Terrier, envoyée par M. le professeur Chantemesse, pour être soignée de son affection annexielle, survenue vraisemblablement au cours de la fièvre typhoïde. En effet, la malade présente une double salpingo-ovarite suppurée, marquée surtout à gauche et métrite.

Comme la température oscille encore et s'élève même une fois à 39 degrés et une autre fois à 38° 3 on attend qu'elle soit revenue complètement normale pour opérer. L'intervention est arrêtée pour le 28 mars.

Le matin nous voyons la malade qui nous dit avoir été, prise pendant la nuit soudainement de douleurs assez brusques et violentes dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausées. Nous l'examinons et, en effet, nous trouvons une douleur très nettement localisée au point de Mac-Burney ; légère hyperesthésie cutanée et défense musculaire ; le reste de l'abdomen souple et non douloureux.

La température s'élevait à 37°4. Nous portons le diagnostic d'appendicite aiguë et en prévenons notre maître, le Dr Gosset, qui, une demi-heure après l'opère (Aide M. Gernez, chloroformisateur M. Bourreau).

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale : aussitôt le péritoine pariétal ouvert on voit l'appendice adhérent aux annexes droites. La trompe de ce côté est oblitérée, légèrement augmentée de volume, un peu flexueuse, l'ovaire doublé de volume et kystique.

A gauche la trompe est tortueuse, du volume du pouce, tombée dans le cul-de-sac de Douglas, suppurée.

Hystérectomie sus-vaginale et appendicectomie. Appendice longueur normale, dilaté dans ses deux tiers inférieurs, rétréci dans son tiers supérieur, rouge, turgescant.

OBSERVATION XV

(Perrone)

P... B..., femme C..., vingt-cinq ans, ménagère, entre dans le service de M. le professeur Chantemesse, Bastion 29, le 4 août pour une fièvre typhoïde, ayant débuté deux ou trois jours auparavant, et contractée au chevet de son mari, atteint également de fièvre typhoïde depuis dix jours.

22 août. — Elle a une crise nette d'appendicite : douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements. La température, qui était normale la veille, monte jusqu'à 40 degrés. Dans les jours suivants, elle s'abaisse ; les douleurs et les vomissements disparaissent.

Il y a trois ans la malade avait eu une première crise d'appendicite, avec douleur, vomissements, fièvre. Cette femme a deux enfants, un garçon et une fille ; le garçon a eu à l'âge de deux ans la fièvre typhoïde, que sa mère avait eue étant jeune.

Le 25 septembre 1904 guérie de sa fièvre typhoïde, elle entre dans le service de M. le professeur Terrier pour se faire enlever l'appendice.

Opération le 29 septembre. — Dr Gosset opère (aide, M. Perrone, chloroformisateur, M. Bourreau).

Incision de Jalaguier, ouverture de la cavité péritonéale ;

l'appendice est libre, longueur 5 à 6 centimètres, quelques fausses membranes le recouvrent.

On note un rétrécissement net à sa base et une dilatation ampullaire vers la pointe ; dans l'intérieur un calcul stercoral. La malade sort guérie le 20 octobre.

OBSERVATION XVI

(Dieulafoy)

J'ai été appelé au mois de juin de cette année auprès d'une jeune malade que j'avais vue avec MM. Bucquoy et Leval.

Cette jeune fille avait été atteinte, quatre semaines avant, d'une fièvre typhoïde d'assez forte intensité. Au moment de la convalescence, la malade fut prise de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, et de symptômes simulant une perforation intestinale. Puis le calme parut se rétablir, mais l'amélioration ne fut que factice, le ventre restait ballonné, des douleurs vives apparaissaient sous forme de crises violentes ; le pouls était fort, accéléré. En examinant la courbe des températures, on voyait que cet épisode aigu avait coïncidé avec une poussée fébrile, avec une notable élévation de température ; il était donc permis de supposer que la malade avait eu non pas une perforation intestinale, mais une appendicite para-typhoïde.

C'était également l'opinion de M. Routier qui avait vu la malade à ce moment. Nous constatâmes une collection purulente à la région cæco-appendiculaire ; l'opération fut décidée, pratiquée par M. Routier et la malade fut guérie.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite peut se rencontrer aux trois périodes de la fièvre typhoïde : au début, au cours de la maladie, pendant la convalescence.

2° *Au début*, le diagnostic différentiel est presque toujours très difficile ; souvent le diagnostic d'appendicite seul est posé, et d'autres fois, au contraire, c'est le diagnostic seul de fièvre typhoïde. Ce n'est que pendant l'opération ou trois ou quatre jours après le début de la crise quand les phénomènes appendiculaires se sont calmés et ont été remplacés par ceux de la dothiéntérie que l'on diagnostique fièvre typhoïde compliquée d'appendicite.

3° C'est par l'analyse des signes cliniques : début brusque, vomissements, douleur iliaque droite, diarrhée, céphalalgie, réaction légère de la paroi abdominale, antécédents du malade surtout ; et par les procédés de laboratoire : examen des urines (diazoréaction positive), examen du sang (hyperleucocytose ou hypoleucocytose, ensemencement de la veine sur milieu de Chantemesse), examen des selles (ensemencement sur milieu d'Ebsner modifié, qu'on arrivera à poser un diagnostic sûr. En un mot les symptômes des deux affections seront surajoutés.

4° Si le diagnostic d'appendicite est fermement établi, il n'y a pas à hésiter, il faut intervenir de suite.

S'il y a quelques doutes, nous croyons qu'il est encore préférable d'intervenir, les conséquences

d'une appendicectomie chez un typhique seront encore moins graves que la non-intervention pour un malade réellement atteint d'appendicite.

5° Le traitement post-opératoire sera à peu près le même que dans le cas d'une typhoïde banale, on remplacera seulement les bains froids par des lotions froides.

6° *Au cours* d'une fièvre typhoïde on sera le plus souvent en présence d'une perforation de l'appendice ; les symptômes seront ceux d'une perforation intestinale, et on sera amené à faire une laparotomie médiane : c'est la meilleure opération dans ce cas, l'iléon étant presque toujours perforé dans ce cas.

7° *Pendant la convalescence* on rentre dans le cadre de l'appendicite banale ; le seul écueil à éviter c'est de prendre cette crise appendiculaire pour une perforation de l'intestin ; dans une rechute de fièvre typhoïde l'élévation de la température, au lieu d'une chute brusque, fera éviter cette erreur et l'intervention amènera une prompte guérison.

Vu par le Président de la thèse :

TERRIER

Vu, le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer:
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALEXANDROFF. — Laparotomie dans un cas de perforation appendiculaire post-typhique. *Journal de Cliniq. et de Thérap. infant.* Paris, 1894, II, 30 août, 735-737.
- BARBE. — Perforations de l'Intestin grêle. Thèse de Paris, 1895.
- BAYET. — Appendicite et fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1901.
- BEHREND. — Case of. typhoid fever complicated by appendicitis; operation; recovery followed by pleurisy with effusion, pneumothorax; ultimate recovery, *St-Louis med. and Surg. journ.*, 1905, LXXXVIII, 2.
- BOVERLY, MAC-MONAGLE. — *California acad. of. medic.* In *journal of. Amer. med. Assoc.*, 23 mars 1901,
- BOUTECOU. — Abdominal section for ruptured Typhoid ulcer (appendice) and for intestinal obstruction. *Journal Ann. M. Ass.*, 28 janv. 1888, p. 106.
- BOX et WALLACE. — Appendicitis, With profuse intestinal hemorrhage closely resembling. typhoid fever. *Lancet*, 6 juin 1903 et *Semaine médicale*, 1903, p. 356.
- COULOMB. — Contribution à l'étude des lésions de l'appendice dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1899.
- CUMSTON. — The clinical aspects and differential diagnosis of appendicitis and typhoid fever. *Amer. Journal of the med. Scienc.*, mai 1905, p. 818.

- CUSHING. — Archives générales de Médecine, 1901. Traduction Lecène.
- DIEULAFOY. — Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, séance du 20 octobre 1896 et séance du 27 octobre 1896.
- Manuel de Pathologie interne, 1904, t. IV, pp. 138-139.
- FINNEY (John). — Archives de Médecine, 1897.
- FITZ. — Trans. Association of American Physicians, vol. VI, p. 200.
- FRANÇOIS (René). — L'appendicite au cours de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1904.
- GRISOLLE. — Traité de Pathologie interne, 1865, t. I, p. 576.
- Traité de Pathologie interne, 1865, t. II, p. 408.
- GUINARD. — Traité de Chirurgie de MM. Le Dentu et Delbet. Article « Appendicite ».
- HARPER. — Phila. Med. Journ., 1900, V, pp. 923-924.
- HOCQUETTE. — Manifestations appendiculaires au début de la typhoïde. Thèse de Lille, 1905.
- HOWARD, KELLY (A.) et HURDON (E.). — The vermiform appendix and its diseases, p. 445. Philadelphie, 1905.
- HUCHARD et GUÉNIOT. — Bulletin de la Société anat. Paris, avril 1899, 61, I, pp. 388-391.
- HUTINEL. — Thèse d'agrégation, Paris, 1883.
- JACOB. — Thèse de Paris, 1893.
- KIMURA. — Résection de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde. Mort. Sci. i. Kwai med. J. Tokio, 1890, IX, 55-57.
- LAUNOIS. — Revue de Médecine, 1895, p. 908.

- LETULLE et WEINBERG. — Appendicite, recherches histo-pathologiques. Archives des Sciences médicales, 1897.
- MALESPINE. — Archives génér. de Médecine, 1841.
- MARTINEAU. — Bull. de la Société médicale des Hôpitaux, 1876, p. 264.
- MAUGER. — La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes, son traitement chirurgical. Thèse de Paris, 1900.
- MAURANGE. — Fièvre typhoïde à début anormal, prise pour une apendicite à forme hypertoxique, traitée par l'intervention chirurgicale et terminée par guérison. Gaz. hebd. de Méd. et de Chirur., 28 septembre 1899, p. 925.
- MILLARD. — Bull. de la Société Méd. des Hôpitaux, 1876, p. 359.
- MOIZARD. — La fièvre à début brusque simulant l'appendicite. Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 10 juillet 1899.
- MORIN. — Perforations intestinales. Thèse de Paris, 1869.
- OPPENHAUSEM. — Rev. méd. Suisse romande, 20 février 1899.
- PERRONE. — Appendicite et fièvre typhoïde ; appendicite paratyphoïde de Dieulafoy. Rev. de Chirurgie, novembre 1905, p. 728.
- PICHERDNY PICK. — Résection de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde. Clin. soc. of Lond., 1898.
- RENDU. — Sem. méd., 6 février 1901, pp. 41-43.
- ROBIN. — In thèse Masbrenier, 1901.
- ROLLESTON. — Clinical Societ. Transactions, Vol. XXXI, p. 234.

SEIBERT. — Typhoïdal appendicitis in children. Arch. Péd. N.-Y., 1902, XIX, 680-684.

STEEL. — Brit. Med. Jour. Lond., 1897, I, p. 13.

THIRIAL. — Union médicale, 1853, n° 83-84-85.

WEIS. — Amer. med. Assoc. In med. Record, 23 juin 1900.
Journal of amer. med. Assoc., 24 novembre 1900.

WIDAL. — Soc. med. des Hôpitaux, 2 avril 1901.

